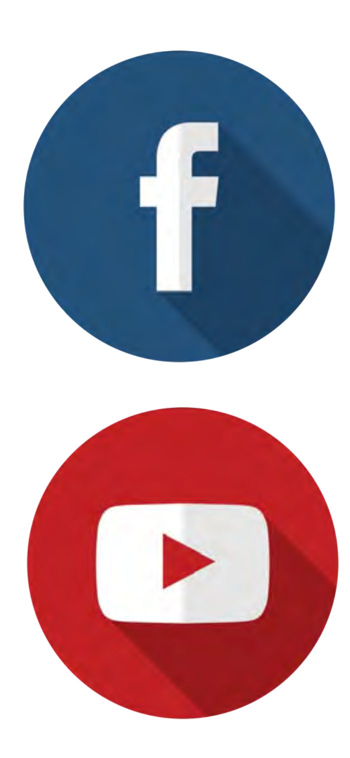
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.





Rétension aigue d'urine :

I. Définition :

l'impossibilité totale et douloureuse d'uriner malgré une réplétion vésicale ≠ Anurie (vessie vide).

II. Physiopathologie :

La rétention aiguë d'urine peut résulter :

- D'un obstacle sous-vésical (le plus souvent) ;
- D'une altération de la commande neurologique ;
- Plus rarement d'un défaut de contraction vésicale.

III. Diagnostic positif :

A. Interrogatoire :

- **Antécédents urologiques**
- **Signes associés :**
  - Circonstances d'apparition de la rétention (spontanée ou favorisée par des circonstances extérieures comme une anesthésie générale ou locorégionale).
  - Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles.
  - Hyperthermie, frissons.
  - Hématurie.
- **Antécédents neurologiques**
- **Traitement en cours**

B. Examen physique :

Patient algique, anxieux et agité, envie d'uriner permanente (« pisser ou mourir »).

- ***Palpation abdominale :*** « Un **globe vésical »** :
  - Masse sus-pubienne ;
  - Voussure à convexité supérieure ;
  - Matité à la percussion sus-pubienne ;
  - Douloureuse dans la plupart des cas (palpation augmente l'envie d'uriner).
- **Touchers pelviens :**
  - Chez l'homme : toucher rectal (TR) :
    - Estimation du volume prostatique,
    - Pathologie urologique : prostatite (douleur élective), HBP (augmentation symétrique de volume de la prostate, ferme sans être franchement indurée), cancer de la prostate (augmentation de volume asymétrique et « pierreuse ») ;
  - Chez la femme : toucher vaginal et toucher rectal :
    - Recherche d'une tumeur gynécologique,
    - Estimation de la trophicité des tissus vaginaux ;
  - Chez l'homme et la femme :
    - Recherche d'un fécalome (cause isolée possible de rétention par distension de l'ampoule rectale),
    - Recherche systématique de pathologie associée de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum).
- **Organes génitaux externes :**
  - Phimosis serré chez l'homme
  - Sténose méat urétral (homme et femme)
  - Orchi-épididymite parfois associée à une prostatite.

- ***Cas particuliers :***
  - Personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé fréquent
  - Diabétique : hypoesthésie vésicale, rétention indolore
  - Traumatisme rachidien, anesthésie : rétention urinaire indolore.

C. Examens complémentaires :

1) Aux urgences :

a) Avant drainage :

Aucun examen complémentaire en urgence : (douleur = drainage rapide) avant le sondage urétral.

Si indication de drainage par cathéter sus-pubien (contre-indication de pose de sonde urétrale), discuter : • Bilan d'hémostase • Échographie vésicale indispensable si le globe vésical n'est pas parfaitement perçu (doute clinique sur le diagnostic de rétention aiguë d'urine).

b) Après drainage :

- **ECBU systématique.**
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, recherche également des signes de pyélonéphrite.
- **Jamais de dosage de PSA dans ce contexte (fausse élévation).**

• Dilatation des cavités alors que la vessie est pleine → vérifier que les cavités ne restent pas distendues après le traitement. • La persistance de la dilatation = RETENSION CHRONIQUE → prudence particulière sur le risque de syndrome de levée d'obstacle.

2) Bilan étiologique :

- Échographie abdomino-pelvienne :
  - Résidu post-mictionnel ;
  - Retentissement vésical, diverticule, épaississement pariétal, lithiase vésicale ;
  - Tumeurs vésicales (en cas d'hématurie) ;
  - Lobe médian prostatique ;
  - Volume prostatique (échographie endorectale).
- Débitmétrie : éventuelle, à distance de l'épisode de rétention (par définition impossible au moment de l'épisode de rétention).
- Urétrocystoscopie (fibroscopie urétro-vésicale) :
  - Bilan obligatoire en cas d'hématurie macroscopique associée ;
  - Indispensable aussi en cas de difficultés de sondage : recherche d'une sténose.
- Plus rarement :
  - Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : bilan de sténose urétrale ;
  - Bilan urodynamique : surtout si pathologie neurologique sous-jacente.

IV. Prise en charge :

- **C'est une Urgence thérapeutique** qui repose sur le **Drainage vésical**.

A. Mesures générales :

- Noter précisément le volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si < 600 cc) ;
- Surveiller la diurèse horaire ;
- Prévenir le syndrome de levée d'obstacle, et l'hématurie.

B. Sondage urinaire :

- Sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de **stérilité**.
- Maintenir un système clos : interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage.
- Utiliser des **sondes à double courant** si une **irrigation** est nécessaire (**hématurie**).
- Instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire.
- Prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour **examen cytobactériologique.**
- Éviter les sondes de petit calibre en première intention.

➢ **Contre-indications du sondage vésical :**

- Sténose urétrale
- Traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin)
- Prostatite aiguë.

C. Cathétérisme sus-pubien (KTSP) : « si échec/CI du sondage vésical »

1) Avantages :

- Pas de risque de fausses routes urétrales ;
- Épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
- Moins de complications locales au long cours ;
- Bon système de drainage à moyen terme.

2) Repérage du point de ponction :

- À l'intersection de deux lignes :
  - Ligne médiane de l'abdomen,
  - Ligne horizontale 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne ;

3) Contre-indications du cathéter sus-pubien :

➢ Contre-indications absolues :

- **Absence de globe vésical**,
- Pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé) ;

➢ Contre-indications relatives :

- Troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant,
- Cicatrices de laparotomie
- Antécédents de tumeurs de la vessie.

V. Étiologies :

A. ***Hypertrophie bénigne de la prostate*** +++ :

- Une intervention chirurgicale sera discutée d'emblée ou en cas d'échec de désondage.

B. Prostatite :

- Favorisée par l'hypertrophie bénigne de prostate.

- Traitement antibiotique adapté à l'ECBU pendant 14 jours.
- Pose d'un **cathéter suspubien.**

C. *Cancer de la prostate*

D. *Neurologiques :*

- **Centrales :** SEP, compression ou lésion médullaire**,** Lésions congénitales de la moelle, Maladie de parkinson, AVC.
- **Périphériques :** Diabète, Chirurgies lourdes d'exentération pelvienne.

E. *Causes médicamenteuses :*

- **Anticholinergiques**
- **Morphiniques**
- **Autres traitements (moins fréquents) :**

- Les sympathomimétiques
- Les bêta 2-mimétiques : salbutamol, terbutaline.
- Les inhibiteurs calciques.

F. *Sténose de l'urètre :*

- Post-traumatique.
- Iatrogène (sondage urétral prolongé, chirurgie endoscopique urologique).
- Post-infectieuse (urétrite sur IST).

G. *Caillotage vésical*

- Signe une hématurie d'origine urologique :

- Tumeur de l'arbre urinaire
- Chute d'escarre à 8-10 jours d'une chirurgie du bas appareil urinaire

- Nécessite la pose d'une **sonde vésicale trois voies** pour réaliser un **lavage vésical continu** jusqu'à éclaircissement des urines.
- Une prise en charge chirurgicale en urgence est parfois nécessaire pour enlever les caillots à l'aide d'un endoscope.

H. Autres :

- Prolapsus génital chez la femme.
- Fécalome.
- Phimosis serré.

VI. Complications :

- **Insuffisance rénale aiguë**
- **Syndrome de levée d'obstacle (SLO) = polyurie osmotique massive (natriurèse) :**

- Dépistage = **surveillance horaire de reprise de la diurèse** après la levée de l'obstacle.
- Réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties.

- **Hématurie a vacuo :**

- En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, en nappe = **hématurie a vacuo**.
- Cette hématurie est favorisée en cas de **troubles de l'hémostase** ou de traitements **anticoagulants**.
- Réaliser une **vidange vésicale progressive** et **clamper la sonde** quelques minutes tous les 500 mL.